

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

368

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Lundi 15 Juillet 1907, à 1 heure*

PAR

**Henri CUGNO**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Procédés de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds

DANS LE

**Traitement des Rétrodéviations de l'Utérus**

(UN NOUVEAU PROCÉDÉ : LIGAMETOPEXIE RÉTRO-UTÉRINE ET SOUS-TUBO-OVARIENNE)

*Président* : M. PINARD, *professeur*

*Juges* { MM. TERRIER, *professeur*  
LEPAGE, *agrégé*  
GOSSET, *agrégé*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**BONVALOT-JOUVE**

15, RUE RACINE, 15

1907

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                     |                      |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                  | <b>M. DEBOVE</b>     |
| <b>Professeurs</b> .....                                            | <b>MM.</b>           |
| Anatomie .....                                                      | <b>POIRIER</b>       |
| Physiologie .....                                                   | <b>CH. RICHET</b>    |
| Physique médicale .....                                             | <b>GARIEL</b>        |
| Chimie organique et Chimie générale .....                           | <b>GAUTIER</b>       |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | <b>BLANCHARD</b>     |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                         | <b>BOUCHARD</b>      |
| Pathologie médicale .....                                           | <b>HUTINEL</b>       |
|                                                                     | <b>BRISSAUD</b>      |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | <b>LANNELONGUE</b>   |
| Anatomie pathologique .....                                         | <b>CORNIL</b>        |
| Histologie .....                                                    | <b>MATHIAS DUVAL</b> |
| Opérations et appareils .....                                       | <b>SEGOND</b>        |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | <b>POUCHET</b>       |
| Thérapeutique .....                                                 | <b>GILBERT</b>       |
| Hygiène .....                                                       | <b>CHANTEMESSE</b>   |
| Médecine légale .....                                               | <b>THOINOT</b>       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | <b>DEJERINE</b>      |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | <b>RÔGER</b>         |
|                                                                     | <b>HAYEM</b>         |
| <b>Clinique médicale</b> .....                                      | <b>DIEULAFOY</b>     |
|                                                                     | <b>DEBOVE</b>        |
|                                                                     | <b>LANDOUZY</b>      |
|                                                                     | <b>GRANCHER</b>      |
| Maladies des enfants .....                                          | <b>JOFFROY</b>       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale ..... | <b>GAUCHER</b>       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | <b>RAYMOND</b>       |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | <b>LE DENTU</b>      |
| <b>Clinique chirurgicale</b> .....                                  | <b>TERRIER</b>       |
|                                                                     | <b>BERGER</b>        |
|                                                                     | <b>RECLUS</b>        |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | <b>DE LAPERRONNE</b> |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....                     | <b>ALBARRAN</b>      |
| Clinique d'accouchements .....                                      | <b>N...</b>          |
|                                                                     | <b>PINARD</b>        |
| Clinique gynécologique .....                                        | <b>POZZI</b>         |
| Clinique chirurgicale infantile .....                               | <b>KIRMISSON</b>     |
| Clinique thérapeutique .....                                        | <b>ALBERT ROBIN</b>  |

## Agrévés en exercice.

|                      |                  |                  |                          |
|----------------------|------------------|------------------|--------------------------|
| <b>MM.</b>           |                  |                  |                          |
| <b>AUVRAY</b>        | <b>DESGREZ</b>   | <b>LEGRY</b>     | <b>PROUST</b>            |
| <b>BALTHAZARD</b>    | <b>DUPRE</b>     | <b>LEGUEU</b>    | <b>RENON</b>             |
| <b>BRANCA</b>        | <b>DUVAL</b>     | <b>LEPAGE</b>    | <b>RICHAUD</b>           |
| <b>BEZANÇON</b>      | <b>FAURE</b>     | <b>MACAIGNE</b>  | <b>RIEFFEL, chef</b>     |
| <b>BRINDEAU</b>      | <b>GOSSET</b>    | <b>MAILLARD</b>  | <b>des travaux anat.</b> |
| <b>BROCA (ANDRÉ)</b> | <b>GOUGET</b>    | <b>MARION</b>    | <b>TEISSIER</b>          |
| <b>CARNOT</b>        | <b>JEANSELME</b> | <b>MAUCLAIRE</b> | <b>THIROLOIX</b>         |
| <b>CLAUDE</b>        | <b>LABBE</b>     | <b>MERY</b>      | <b>VAQUEZ</b>            |
| <b>CUNEO</b>         | <b>LANGLOIS</b>  | <b>MORESTIN</b>  | <b>WALLICH</b>           |
| <b>DEMELIN</b>       | <b>LAUNOIS</b>   | <b>POTOCKI</b>   |                          |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je dédie ce travail, témoignage  
bien faible de ma reconnais-  
sance et de mon admiration  
pour toute leur vie de sacrifices  
et de dur labeur.*

A MA SŒUR

*Mon meilleur ami.*

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale  
Officier de la Légion d'honneur  
Membre de l'Académie de Médecine

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Procédés de Raccourcissement Intra-Abdominal des Ligaments ronds

DANS LE

## Traitement des Rétrodéviations de l'Utérus

---

*Un nouveau procédé : Ligamentopexie rétro-utérine  
et sous-tubo ovarienne*

---

### INTRODUCTION

On sait combien est fréquente la rétrodéviation de l'utérus (rétroflexion ou rétroversion). Nous n'insisterons pas sur les troubles connus qu'elle détermine et qui peuvent être assez marqués pour nécessiter dans bien des cas un traitement curatif, définitif s'il se peut. Dans certaines observations, en effet, on a pu voir le simple redressement de l'utérus faire cesser des symptômes très pénibles durant depuis fort longtemps. Nous nous rappelons une leçon cli-

nique où notre maître, le professeur Pozzi, citait le fait d'une malade, venue le consulter après plusieurs années de douleurs et de phénomènes nerveux très accentués qui disparurent par la simple application d'un pessaire de Dumontpallier. Mais il est des degrés dans la rétrodéviatiou ; tant qu'elle est mobilisable et sans lésions annexielles concomitantes, sans doute la réduction manuelle et un appareil prothétique à demeure, comme le pessaire de Hodge à double courbure, et mieux encore, l'opération bénigne et efficace d'Alquié-Alexander-Adams suffisent pour rendre à la femme l'intégrité de ses fonctions génitales. Mais, comme le prétend justement le professeur Segond, il est très exceptionnel de trouver une femme qui souffre uniquement de sa rétrodéviatiou sans la moindre participation annexielle. Le plus souvent, en effet, les malades ont négligé d'aller consulter un médecin, se contentant au début de s'aliter quand les douleurs devenaient intolérables, permettant ainsi à des adhérences de se faire qui cramponnent l'utérus en arrière et le maintiennent dans une mauvaise position définitive, défiant toute tentative de réduction sans laparotomie préalable.

Cette nécessité n'oserait de nos jours être contestée ; mais déjà, en 1869 le célèbre chirurgien de Strasbourg, Kœberlé, se trouvant en présence d'un utérus rétro-dévié avec des lésions annexielles adhérentes, confiant à une époque où la méthode aseptique n'était pas découverte, en son incomparable expérience des opérations abdominales, n'hésita pas à

procéder ainsi, risquant gros jeu, car il devait, en 1869, ouvrir la cavité péritonéale ! Le succès couronna cette belle audace, mais l'exemple ne fut pas suivi. Il faut attendre jusqu'à 1875 pour voir la même tentative en Amérique par un gynécologiste aussi illustre, Marion Syms. Mais c'est encore là un fait isolé et il faut arriver au triomphe de la méthode aseptique en chirurgie pour voir les gynécologues de tous les pays, pour lesquels désormais la laparotomie était devenue banale, présenter les techniques les plus diverses de la cure des rétro-déviation utérines.

Malgré tout l'intérêt que présenterait une pareille étude d'ensemble depuis la méthode de Thure Brandt, massage dont l'action porte sur la périphérie de l'utérus, en passant par les interventions par la voie sus-pubienne, jusqu'aux procédés de fixation après laparotomie, nous n'avons pu songer à explorer un champ si vaste. Nous nous proposons seulement dans ce travail de revenir sur une méthode de traitement, très employée depuis quelques années, le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, et d'y faire l'apport modeste de la description d'un procédé nouveau.

Il nous semble en effet avec Beurnier que « si au point de vue physiologique le ligament rond n'a qu'une importance très restreinte, il n'en est pas de même lorsque l'utérus n'a plus sa position normale : dans les déviations en arrière par exemple, son rôle devient considérable sinon au point de vue

étiologique, du moins au point de vue de leur correction et de leur traitement. Il est d'ailleurs facile de constater que les ligaments ronds sont toujours relâchés dans les rétro-déviation, ce qui fait admettre que si un périnée défectueux et des ligaments utéro-sacrés insuffisants favorisent incontestablement le prolapsus, en tous cas la rétro-déviation n'est possible que si les ligaments ronds s'y prêtent. » Aussi pensons-nous que dans le traitement chirurgical des rétro-déviation, la laparotomie doit avoir pour but de réaliser l'un des procédés de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, n'exigeant pas de résection plus ou moins étendue de ces ligaments, et surtout ne recourant pas à leur fixation artificielle à la paroi abdominale. Cette méthode réalise une fixation normale qui a l'avantage de laisser un utérus complètement libre dans la cavité abdominale, grâce à des ligaments naturels raccourcis dont les chances de relâchement sont moins à craindre qu'avec les ligaments absolument artificiels, des hystéropexies ou autres méthodes de fixation pariétale. D'ailleurs nous reviendrons sur l'appréciation des résultats obtenus avec ces différentes méthodes, et nous allons maintenant délimiter le cadre de notre thèse.

Nous nous proposons dans un premier chapitre de faire un historique assez rapide, suivi d'une nomenclature et d'une description des procédés de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds qui nous sont connus.

La deuxième partie comprendra l'exposé d'un nouveau procédé que nous appellerons ligamentopexie rétro-utérine et sous tubo-ovarienne, et les considérations pratiques qui en résultent.

Dans le chapitre qui suivra et qui sera très bref, nous essayerons de comparer les avantages et les inconvénients de la ligamentopexie intra-abdominale avec d'autres méthodes telles que l'opération d'Alquié-Alexander et l'hystéropexie.

On trouvera à la fin les observations que nous avons pu recueillir sur la technique nouvelle que nous avons décrite dans cet ouvrage. Leur nombre restreint s'explique par l'âge relativement récent de l'opération, mais nous espérons néanmoins que leur lecture légitimera les conclusions qui terminent notre thèse.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, il nous plaît de satisfaire à un pieux devoir en exprimant notre grande reconnaissance à tous les maîtres de la Faculté ou des hôpitaux qui nous ont pendant près de huit années prodigué les trésors de leur expérience et de leur talent.

Nous remercions en particulier le professeur Pinard, qui fut notre maître en obstétrique, des idées généreuses et du clair enseignement que nous avons trouvés à la clinique Baudelocque. Il nous fait aujourd'hui le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous essayerons dans notre carrière médicale de nous montrer dignes d'un tel patronage.

C'est par le professeur Dieulafoy que nous eûmes l'heureuse fortune d'être initié à l'art d'observer et de soigner les malades, et nous n'oublierons jamais ni ses magistrales leçons cliniques du samedi, ni ses causeries familières aux visites du matin.

Nous fûmes ensuite l'élève du professeur Raymond qui essaya de nous donner quelque clarté des maladies nerveuses et réussit à nous en montrer le grand intérêt, à force de patience et de talent.

Notre scolarité terminée, c'est dans le beau service de gynécologie de l'hôpital Broca, que nous avons reçu pendant deux années un aimable accueil du professeur Pozzi. Nous lui en sommes vivement reconnaissant, ainsi qu'à ses collaborateurs dont nous avons pu apprécier l'aménité. Parmi eux, que M. le D<sup>r</sup> Jayle reçoive toute notre gratitude pour les conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer au service de la consultation. Nous dirons enfin notre grande reconnaissance à notre ami, M. le D<sup>r</sup> Dartigues, chef de clinique gynécologique à la Faculté, pour l'affectueuse sollicitude dont il nous a entouré durant tout le cours de nos études médicales. Il fut notre guide en gynécologie avant de nous intéresser au sujet qui fait l'objet de cette thèse. Depuis, il ne nous a ménagé ni son expérience ni ses conseils dans l'orientation de nos recherches, nous permettant ainsi de mener à bonne fin notre travail.

## CHAPITRE I

### Historique

---

La thèse de Roland (Lyon, 1888) qui paraît présenter l'état actuel de la question des interventions dans les rétro-déviationes ne mentionne pas un seul procédé de raccourcissement intra-abdominal. L'auteur signale cependant le procédé d'Alquié-Alexander, mais il n'en fait aucun cas, prétextant après Laphom-Smith et Skene-Keith (*Edimb. med. Jour.*) que le ligament rond n'est qu'un muscle comme le crémaster et que rien ne garantit qu'il ne se relâchera pas après son raccourcissement.

Les nombreux échecs obtenus avec l'opération d'Alquié-Alexander-Adams, (raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds par la voie sus-pubienne) dans les cas de rétro-déviation utérines fortement adhérentes et d'autre part l'innocuité avérée de toute laparotomie aseptique, préparèrent l'avènement d'une méthode nouvelle, la ligamentopexie intra-abdominale. C'est George Wylie qui

paraît en être l'inventeur et en conçut d'un seul couple plan. Après avoir reconnu de bonne heure la nécessité de l'ouverture du ventre pour la destruction des adhérences, il eut l'idée de terminer l'opération par une sorte d'Alquié-Alexander, abdominal. A la même époque Ruggi de Bologne, tenta une opération analogue comme nous le verrons plus loin, revendiquant à son tour la paternité d'un procédé que disputaient déjà à Wylie, Baer de Philadelphie, et Bode de Dresde. La date des publications et des interventions de ces divers auteurs semblerait donner à Wylie, la priorité de cette opération, mais il n'est pas douteux que si Bode, dont la publication ne date que de 1889, ne peut élever aucune prétention légitime, la lecture du consciencieux travail du chirurgien italien prouve qu'il ignorait en 1888, ce que faisait Wylie en Amérique. Et ces deux grands talents peuvent revendiquer d'autant mieux le mérite de l'invention, que leurs procédés ne sont pas identiques, mais différent d'une manière sensible.

Plus tard Polk présenta une modification de ce procédé tout en conservant la méthode qui consistait en un raccourcissement par repliement. Mais déjà, en 1889, Dudley avait offert une technique originale plus complexe et ayant par cela même la prétention d'être plus efficace. Malheureusement elle ne nous est connue que très sommairement par des comptes rendus assez obscurs et très écourtés des journaux américains et elle n'a survécu que

grâce aux modifications qu'a proposées d'y apporter, en France, Baudoin, quelques années après. Il faut encore citer les noms de Maun, Beck, Matthew, Jonnesco, etc., avant d'arriver à l'année 1905, où M. Dartigues, en présence de tous ces procédés qui ont pour but de raccourcir les ligaments ronds au devant de l'utérus, dans le cavum vésical, pensa qu'on pouvait obtenir un résultat meilleur par un raccourcissement rétro-utérin. Il écrit, en effet, en 1906, dans la *Presse médicale* : « Les plicatures multipliées en accordéon, le nombre des sutures, le décollement par traction du péritoine latéro-pelvien, la fixation à l'utérus à travers le muscle au niveau des cornes utérines, c'est-à-dire dans un des endroits les plus vasculaires de cet organe, l'insertion ligamentaire trop basse, tels sont les desiderata présentés par les procédés de raccourcissement antérieur. » A la même époque, à Lyon, le professeur Polosson, à l'insu du Dr Dartigues, exposait dans une leçon clinique, une technique analogue comme il nous l'a confirmé depuis dans un entretien que nous pûmes avoir ensemble.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'histoire du raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. Il nous reste maintenant à exposer la technique opératoire des divers auteurs que nous avons cités.

Voici d'abord le procédé de Wylie d'après l'article que cet auteur publie dans le *Pittsburg medical Review* (juill. 1888). Après ouverture du ventre, il

saisit un des ligaments ronds, à égale distance de la corne utérine et du pubis, l'attire en dehors par la plaie abdominale, avive la face interne du pli formé en soulevant le ligament, par le grattage du péritoine à ce niveau : puis il assure la soudure par trois ligatures de soie, autour du pli formé en comprenant le plus de ligament rond possible. Cela fait, il referme la plaie et place finalement un pessaire d'Alfred Smith.

*Ruggi* obtint des succès par un procédé analogue et qui consiste, une fois la paroi ouverte et la déviation réduite, à traverser le ligament rond avec une aiguille courbe armée d'un fort catgut, à très peu de distance de son entrée dans le canal inguinal et sur le repli péritonéal qui l'entoure. A l'extrémité non enfilée du catgut, on pratique un nœud solide, puis on enfonce l'aiguille dans le ligament rond tout près de son extrémité utérine. On rapproche alors par plicature les deux parties du ligament traversé par le fil et pour les maintenir, on pratique une suture au surjet double.

Et l'on répète la même manœuvre du côté opposé.

*Mann* a utilisé le même procédé mais avec cette nuance que la plicature du ligament est double au lieu d'être simple, assurant la soudure par deux fortes ligatures aux extrémités du repli. Cette pratique qui, à défaut de grande originalité, présente des garanties de solidité, a été recommandée en France par le professeur Segond.

Le procédé de *Bode*, de Dresde, qui se rapproche

du précédent parce que le principe en est le repliement, en diffère par la suture. Cet auteur en effet prend du ligament rond à partir de l'utérus, autant qu'il en faut pour le recouvrir de la quantité qu'il juge nécessaire. Relevant alors ce ligament, il lui fait un pli; au point de traction il passe un fil qui l'entoure en entier. Ce fil est noué une première fois, puis il traverse la corne utérine adjacente. On en noue facilement les deux chefs après avoir raccourci le ligament rond jusqu'à le tendre. Et l'on fait de même du côté opposé.

*Mathew*, en 1891, proposa de saisir le ligament rond avec deux pinces de façon à le diviser en trois parties égales. Il fit porter ainsi le raccourcissement sur les parties externe et interne, le tiers moyen n'y participant pas. On a ainsi deux anses à convexité externe à chaque ligament au lieu d'une seule.

Avec *Polk*, nous allons envisager une méthode très particulière du raccourcissement par coudure et soudure en avant de l'utérus. Il avive près de leur extrémité utérine les ligaments ronds, au niveau de leur face interne, les ramène au-devant du fond de l'utérus et les coude en dedans; au sommet de l'anse il les unit l'un à l'autre au point avivé, grâce à une suture forte avec un fil résistant. En anastomosant en X en arrière de la vessie, il provoque donc la formation d'un repli, qui par rapport à l'utérus est interne et non externe, comme dans les opérations précédentes.

Quant à *Dudley*, nous savons qu'il pratique un

avivement sur la face antérieure de l'utérus, le long de son bord externe, puis il dénude la face antérieure du ligament rond correspondant et le fixe à la face antérieure de l'utérus.

*Baudoin*, en France, a proposé une légère modification de ce procédé qui consiste à fixer le ligament rond dénudé, non point sur le bord externe de l'utérus, mais au niveau de la corne utérine adjacente.

*Beck*, de New-York, décrit après ces auteurs un procédé de fixation des ligaments ronds sous le nom de ligamentopexie abdominale. Voici les divers temps de cette technique : d'abord, laparotomie médiane puis recherche des ligaments ronds.

On les dégage de leur revêtement séreux pour les suturer l'un à l'autre sur une longueur de 8 à 10 centimètres ; ainsi se trouve formée une corde dont l'extrémité supérieure se bifurque pour aller rejoindre chaque corne utérine et dont l'extrémité inférieure se dédouble également pour aller rejoindre les anneaux inguinaux. Cette corde est attirée dans la plaie abdominale de manière qu'elle réponde par ses deux extrémités aux extrémités de la plaie. Audessous d'elle, on suture successivement le péritoine pariétal et la couche musculo-aponévrotique de la paroi, de façon à exclure la corde ligamentaire de la cavité abdominale. On achève l'opération en suturant la peau par-dessus avec les ligaments ronds ainsi extériorisés.

A côté de ce procédé, il faut mentionner celui qui fut imaginé à la suite en France par *Dolérís*. Cet

opérateur après une laparotomie très basse, près de la symphyse, attira des ligaments ronds à l'angle inférieur de la plaie et les fixa aux aponévroses de la paroi qui, en ce point, présentent toujours une assez grande résistance. Mais, dans une communication postérieure, Doléris présenta une modification de cette technique. Il conseillait cette fois de créer à droite et à gauche de l'incision un canal inguinal artificiel, et d'y faire passer une anse coudée de chaque ligament rond pour la suturer ensuite directement à l'anse du côté opposé et aux tissus musculo-aponévrotiques voisins.

Telles sont les diverses méthodes de raccourcissement des ligaments ronds qui ont été préconisées dans ces vingt dernières années. Nous avons jugé bon d'en présenter à la fin de ce chapitre le tableau synoptique dont le cadre est emprunté à Beaudouin dans son excellente thèse de 1890.

## *Différents procédés de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds*

|                                                  |                                                                   |                                                                                      |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1° Repliement                                    | a) A leur partie moyenne<br>(pli externe)                         | Procédé de Wylie<br>(suture à points séparés)<br>Procédé de Ruggi<br>(suture double) |
|                                                  | b) A l'extrémité utérine<br>(pli interne)                         | Procédé de Bode                                                                      |
|                                                  | c) Aux extrémités interne<br>et externe avec une<br>anse moyenne  | Procédé de Mathew                                                                    |
| 2° Coudure<br>et<br>Soudure<br>(anastomose en X) | a) En avant de l'utérus                                           | Procédé de Polk                                                                      |
|                                                  | b) En arrière de l'utérus                                         | Procédé de Dartigues                                                                 |
| 3° Fixation à la face<br>antérieure de l'utérus  | a) Déplacement des inser-<br>tions utérines du liga-<br>ment rond | Procédé de Dudley                                                                    |
|                                                  | b) Pas de déplacement                                             | Modification de Baudouin<br>(Combinaison des } Bode<br>deux procédés de } Dudley     |
| 4° Repliement combiné<br>à l'hystéropexie        | { Opération de Doléris                                            |                                                                                      |

## CHAPITRE II

### Ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne

---

Nous voici maintenant arrivé à la partie la plus intéressante de notre travail : nous allons présenter un nouveau procédé qui a été décrit dans la *Presse médicale* du 7 avril 1906 par ses auteurs MM. Dartigues et Caraven et qui depuis, a pris place dans les livres classiques comme la *Technique chirurgicale* de M. le professeur agrégé Marion, qui en a fait sa méthode de choix pour le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

L'opération comprend plusieurs temps :

1<sup>o</sup> Dans un premier temps de *transfixion du ligament large dans la zone avasculaire sous-tubo-ovarienne*, l'utérus est rabattu en avant vers le pubis et le ligament large étalé d'un côté avec une pince hémostatique quelconque ; on perce le ligament large dans l'angle que forme le bord latéral de l'utérus d'un côté, et la trompe, le ligament utéro-ovarien de l'autre, dans une zone dépourvue de vaisseaux et dont la transparence ne laisse pas de doutes à ce sujet ;

2<sup>o</sup> Dans un deuxième temps *préhension du tiers*

*initial du ligament rond. en avant du ligament large*, l'utérus est rabattu en arrière, et avec la pince de transfixion, on va saisir délicatement, un peu latéralement, à trois centimètres environ de la corne utérine, le ligament rond revêtu de son repli péritonéal ;

3<sup>e</sup> Dans un troisième temps *plicature du ligament rond saisi, avec retrait de la pince de transfixion, sous l'angle utéro-tubo-ovarien*, le ligament rond est entraîné en arrière, à travers le ligament large, constituant une plicature ou mieux : une anse ligamentaire qu'il sera facile de lier avec une anse semblable obtenue en pratiquant les mêmes manœuvres sur le ligament large du côté opposé.

Enfin un quatrième temps *d'adossement ligamentaire rétro-utérin et de ligature ligamentaire* termine l'opération : au moyen d'une simple aiguille de Reverdin, on passe un fil de catgut qui lie les deux anses ligamentaires rétro-utérines des ligaments ronds

Ce procédé a été exécuté par la suite par un grand nombre de chirurgiens, et en particulier à Lyon par le professeur Pollosson, à Paris par les professeurs agrégés Faure et Marion et le Dr de Martel, à Amiens par le Dr Pauchet, à Marseille par le Dr Pantaloni, à Toulouse enfin par le professeur agrégé Mériel. Il nous eût été agréable de pouvoir soumettre dans ce travail la plupart des observations appartenant à ces divers auteurs. Mais, outre que la date récente des interventions n'a pas permis d'en faire le relevé immédiat et complet, notre intention dans cette thèse

n'a été nullement de faire un plaidoyer en faveur du procédé que nous signalons, estimant que, pour bons qu'aient été les résultats connus, un temps assez long est nécessaire avant leur absolue confirmation.

Nous pouvons néanmoins affirmer, soit d'après des attestations écrites, soit à la suite de communications orales, que tous les auteurs qui se sont servis dans le traitement des rétrodéviations utérines de la méthode du Dr Dartigues, sont d'avis qu'il réalise :

1° *Une grande simplicité*, puisqu'avec un seul fil on pratique la ligature et que cinq instruments : un couteau abdominal, trois pinces, une aiguille, un instrument de préhension de l'utérus, constituent toute l'instrumentation, ce qui ajoute à la brièveté de l'opération et réduit au minimum les manipulations ;

2° *Une garantie de minimum d'hémorragie* : en effet, pas de section : on ne coupe rien, on ne pique même pas, on ne traverse pas le tissu utérin même dans la zone vertico-médiane avasculaire, et l'on peut dire, sans exagérer, que la réalisation de ce procédé s'opère sans verser une goutte de sang. Si l'on a su ouvrir la paroi abdominale dans de bonnes conditions, cette laparotomie peut n'exiger aucune application de pinces hémostatiques. Il ne faut pas oublier que l'on passe ici dans des zones avasculaires et qu'on ne pratique avec ce procédé aucune espèce d'avivement utérin, un simple avivement, même une piqûre au niveau des cornes utérines pouvant

donner lieu à des hémorragies extrêmement difficiles à réfréner ;

3° Enfin, une *grande rapidité*, due, on le devine vite par l'examen des divers temps opératoires, à ce que l'opérateur n'a à se préoccuper d'aucune hémostase et de presque pas de ligature, ce qui lui permet d'effectuer, même sans voltige opératoire, ce procédé en une dizaine de minutes. Dans un des deux cas du Dr Dartigues, entre l'ouverture du ventre et sa fermeture complète, après avoir de plus enlevé un ovaire et une trompe malades, seize minutes à peine s'étaient écoulées.

Quant aux résultats statiques on les aperçoit sans peine : L'utérus se trouve non seulement redressé, mais sustenté et élevé dans le bassin. Le redressement, en effet, résulte du dégagement du cul-de-sac de Douglas où la matrice était blottie, lovée presque et reportée en avant, tout en étant libre de connexions avec la paroi abdominale ou même avec la vessie. Mais ce redressement a d'autant plus de chances de durée que l'utérus se trouve placé cette fois en avant des ligaments ronds. Il semble, en effet, que, avec le raccourcissement des ligaments ronds en avant de l'utérus, cet utérus peut, sous l'influence des causes habituelles des rétrodéviations, telle l'inflammation et le retard de l'involution après la grossesse, à la suite de tiraillements continus sur les ligaments ronds, retomber en position vicieuse et provoquer les troubles qu'un traitement chirurgical n'aura pu définitivement éviter. Mais ici, rien de

pareil ; nous avons un utérus adossé à une sorte de sangle, de dossier de siège romain, formée par les ligaments ronds raccourcis, qui s'opposent à toute tentative de l'utérus, de plonger dans le Douglas. En même temps qu'il y a redressement, il y a aussi suspension et appui solide. Les ligaments prennent l'utérus par derrière son dos et par-dessous les bras (ici les trompes) de sorte que nous pouvons nous autoriser à cette comparaison risquée mais mnémotechnique certainement : l'utérus semble adossé, les bras (trompes) appuyés sur les bras du fauteuil (ligaments ronds). Enfin un autre résultat de cette méthode, et non des moins appréciables, est l'élévement de l'utérus dans la cavité abdominale. Le ligament rond, en effet, en passant à travers le ligament large croise la trompe, l'ovaire, le bord supérieur du ligament large, le ligament utéro-ovarien qu'il maintient au-dessus de lui, libres de toute adhérence pariétale dont la plus dangereuse conséquence est la possibilité d'un étranglement de l'intestin et de l'épiploon.

On pourrait peut-être objecter à ce procédé de créer une situation artificiellement anormale de la trompe et de l'ovaire, mais à l'état anatomique normal, ne siègent-ils pas en arrière du ligament large correspondant, et par notre procédé, leur tendance à se prolaber dans le Douglas, où ils peuvent d'ailleurs subir des compressions douloureuses et contracter des adhérences insolites, est corrigée. Quant aux craintes que pourrait inspirer au sujet de la

solidité de la fixation, le manque d'avivement des ligaments ronds au niveau de leur jonction rétro-utérine, elles ne se justifient pas, si l'on songe à la puissance adhésive du péritoine surtout au niveau des points de suture de coaptation, et à l'adhérence des ligaments ronds au niveau des ligaments larges traversés sur laquelle on est en droit de compter.

### CHAPITRE III

---

Le traitement des rétrodéviations utérines ayant de tout temps fortement préoccupé les gynécologues, nous voudrions dans ce chapitre rapidement esquisser les diverses méthodes qui ont été préconisées et essayer d'en déterminer la valeur. Il est bien entendu que nous ne voulons pas parler des moyens palliatifs, représentés par les innombrables variétés de pessaires, appareils insuffisants toujours incommodes, mais dont l'emploi souvent favorise la grossesse, soulage les douleurs, quand ils ont comme appui un périnée intact, et suffisant. Nous envisagerons les opérations sanglantes tentées contre la rétroversion, elles sont innombrables.

Les interventions ont porté au début soit sur l'utérus lui-même, soit sur ses ligaments. Dans le premier groupe, on range les opérations qui ont été faites par la voie abdominale ou par la voie vaginale avec fixation soit à l'abdomen, soit au vagin, soit à la vessie. Dans le deuxième groupe rentrent les opérations de raccourcissement ligamentaires effectuées par la voie vaginale ou par la voie sus-pubienne.

La fixation directe de l'utérus à la paroi, qui semblait *a priori* plus rationnelle fut longtemps en faveur. Mais on s'aperçut bien vite des deux grandes complications redoutables de l'hystéropexie : l'allongement, quelquefois la rupture des adhérences qui unissent la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale, et enfin la possibilité de l'étranglement de l'intestin ou de l'épiploon à leur niveau, comme l'ont signalé en Belgique Jacob et en France Segond. Enfin au point de vue génital de la femme, il est prouvé que l'utérus se trouvant fixé dans une position anormale, l'avortement est un accident fréquent, et si la grossesse arrive à terme, l'accouchement s'effectue au milieu des plus grandes difficultés qui nécessitent souvent l'opération césarienne, comme dans un cas de Poltowik, ou l'opération de Porro.

Il est intéressant à cet effet de rappeler la communication que fit en 1897 le Dr Noble en collaboration avec son élève Nassau dans l'*American Journal of obstetric*, sur le résultat de son enquête en Europe et en Amérique sur les suites obstétricales de l'hystéropexie. En voici les conclusions peu encourageantes :

1° Un inconvénient de l'hystéropexie est d'empêcher la partie antérieure de l'utérus de se développer, seule la partie postérieure doit fournir la place pour loger l'œuf ;

2° La partie antérieure est hypertrophiée et peut fournir une tumeur qui peut bloquer l'entrée du bassin.

En 1886, une nouvelle opération était pratiquée à Berlin par von Rabenau sous le nom de *hystéropexie vaginale*, dont les méfaits obstétricaux furent encore plus graves. Que se passe-t-il, en effet, pendant la grossesse dans un utérus fixé au vagin ? La cicatrice est tirillée par le développement de l'utérus et des douleurs s'en suivent. Si la cicatrice ne cède pas ou si l'utérus n'arrive pas à s'accroître suffisamment aux dépens de sa paroi postérieure, il y aura avortement, si la grossesse continue son cours il se produira une rupture des adhérences et la récurrence.

On comprend dès lors la faveur qui a pu accueillir l'opération d'Alquié-Alexander qui n'entravait jamais la grossesse, et ne suscitait pas la moindre complication pendant le travail. Mais à côté de cet avantage considérable, joint à une bénignité incontestable, on a eu vite fait de constater que si le raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds était avantageux dans les cas simples, où l'utérus est sain et libre dans la cavité abdominale, il était tout à fait insuffisant s'il y a métrite, adhérences, ou réduction difficile ; bien plus, qu'il pouvait être dangereux, car les tentatives de réduction peuvent réveiller ou tout au moins exagérer le processus inflammatoire.

Or, dans de telles conditions il ne faut pas s'attarder à discuter des indications de la laparotomie. Et, puisqu'on n'a le choix qu'entre l'hystéropexie abdominale d'une part, qui réalise une fixation

anti-anatomique de l'utérus par laquelle la vessie est gênée physiologiquement dans ses ampliations et ses retraits alternatifs et qui présente les plus grands dangers au point de vue obstétrical, et, d'autre part, le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par un des nombreux procédés que l'on a trouvés décrits dans notre thèse ; c'est à cette dernière méthode qu'il faut s'adresser, car elle est le traitement idéal des rétrodéviations, unissant aux avantages de l'Alexander au point de vue génital de la femme ceux de l'hystéropexie au point de vue de l'action utérine ou péri-utérine directe selon les lésions ou les obstacles rencontrés, sans avoir les inconvénients de l'une et de l'autre.

## OBSERVATION I

(Hôpital Broca. Service du professeur Pozzi, salle Récamier,  
lit 37).

M<sup>me</sup> Blanche C..., mariée à M. C...

Age : vingt-six ans.

Profession : corsetière.

Entrée à l'hôpital le 18 octobre 1905.

Opérée le 27 décembre 1905.

Sortie le 22 janvier 1906.

*Antécédents héréditaires.* — Père et mère bien portants.

*Antécédents personnels.* — Pas de maladie antérieure.

*Antécédents génitaux.* — Règles à quinze ans. Régulières, d'une durée de trois à quatre jours. Peu abondantes.

*Grossesse.* — La malade a eu un garçon qui est bien portant après un accouchement normal. Jamais de pertes ni de fausses couches.

*Histoire de la maladie.* — Il y a un an, la malade, qui n'avait jamais souffert du ventre, éprouve, à la suite de fatigues assez fortes, des douleurs généralisées dans tout le bas-ventre. Ces douleurs augmentèrent par la suite et se localisèrent particulièrement à gauche où la malade accuse un point douloureux dans la fosse iliaque. Les douleurs irradient dans les deux cuisses, dans les reins et dans l'épigastre. En même temps les règles apparurent avec une avance de plusieurs jours pour ne

durer qu'un ou deux jours et étaient accompagnées de vives douleurs. Les douleurs allèrent toujours en augmentant d'intensité en restant toujours plus vives à gauche. Il y a trois ou quatre mois la malade souffrait de troubles gastriques, principalement de vomissement et de diarrhée. Les règles étaient toujours très douloureuses. Les dernières apparurent il y a six semaines. Elles furent suivies d'une métrorragie persistante qui a duré cinq semaines et s'est arrêtée il y a huit jours. Elle était accompagnée de douleurs très vives qui affaiblirent la malade et la décidèrent à venir consulter à l'hôpital.

Actuellement la malade souffre toujours, surtout à gauche. La position verticale est douloureuse. La malade ne peut se coucher sur le côté gauche. Plus de pertes rouges.

*Palpation.* — La palpation abdominale à gauche est douloureuse.

*Toucher vaginal.* — On remarque que l'utérus est difficile à sentir. Il est en forte rétroversion. Le col est normal, il est porté en avant dans le cul-de-sac antérieur. Le cul-de-sac latéral droit est normal. La pression n'y éveille aucune douleur. On sent dans le cul-de-sac de Douglas une masse qui répond à la face postérieure du col de l'utérus. Le cul-de-sac postérieur latéral gauche est empaté et très douloureux à la pression. Il est occupé par une tumeur, pas très volumineuse, de consistance élastique et qui fait corps avec l'utérus. Celui-ci est peu mobile.

*Urines.* — Elles ne contiennent ni albumine ni sucre. Troubles de voisinage : Nuls. Pas de douleur en allant à la selle. Pas de constipation.

*Opération.* — Laparotomie : Ablation unilatérale gauche.

Raccourcissement rétro-utérin des ligaments ronds par le Dr Dartigues aidé de M. Trèves, interne.

*Détails.* — Incision de la paroi abdominale, aux ciseaux. On tombe sur un utérus complètement rétroversé. Les annexes sont saines excepté à gauche où l'ovaire est un peu gros, sclérokytique. Du reste, avant l'intervention, l'annexite avait été soupçonnée. Nous procédons au relèvement de l'utérus comme il suit, ce qui, à notre connaissance, n'a jamais été essayé. Du côté du bord gauche de l'utérus, nous étalons le ligament large et avec une pince nous le traversons d'arrière en avant dans un espace avasculaire de manière à aller chercher, en avant de l'utérus, la partie initiale du ligament rond que je ramène ensuite au-dessous de la trompe et du ligament utéro-ovarien en arrière de l'utérus. Je fais de même du côté opposé, ce qui nous permet de rapprocher les deux ligaments ronds en arrière de l'utérus et de les suturer par un point de catgut, établissant ainsi une véritable sangle sur le dos de l'utérus, ce qui oblige cet organe à se porter en avant et qui corrige la déviation. Ablation consécutive de l'ovaire gauche et fermeture de la paroi en trois plans avec les agrafes de Michel. Pièce enregistrée : numéro 137.

*Durée de l'opération.* — Seize minutes.

*Résultat.* — A la sortie, après des suites opératoires normales, la malade a été examinée; l'utérus était réduit et en position normale; la douleur et les pertes purulentes ont complètement disparu.

Nous avons essayé de retrouver cette malade, mais nous n'avons pu y parvenir.

## OBSERVATION II

(Hôpital Broca. Service du professeur Pozzi, salle Huguier,  
lit 46.)

M<sup>me</sup> Berthe M..., mariée à M. F...

Age, trente et un ans. Profession, ménagère.

Entrée à l'hôpital le 30 décembre 1905.

Opérée le 24 janvier 1906.

Sortie le 3 mars 1906.

*Antécédents héréditaires.* — Père et mère bien portants.

*Antécédents personnels.* — Rougeole, variole. Bronchite vers la seizième année.

*Antécédents génitaux.* — Règles à seize ans. Depuis, tous les quinze jours.

Mariée à vingt ans.

Plusieurs grossesses :

Premier enfant à vingt et un ans. Accouchement normal. Se lève douze jours après. Retour de couches six semaines après. Les règles ont continué pendant l'allaitement.

Deuxième grossesse il y a trois ans, fausse couche de trois mois et demi, fœtus macéré (tuberculose cavitaire chez le père). Délivrance vingt minutes après, trois semaines de lit. Depuis, douleurs dans la zone génitale.

Diarrhée continuelle, quelquefois verte.

Règles assez régulières, mais aménorrhée relative (dernières le 21, durant deux à trois jours).

Douleurs maximum dans les deux fosses iliaques. Irradiations

lombaires et dans les hypocondres et douleurs interscapulaires et à la face postérieure des cuisses.

Pertes blanches empesant le linge.

*Examen clinique.* — *Vagin* normal. Les mouvements imprimés à l'utérus sont douloureux. *Col* gros, orifice transversal. Kystes de Naboth. Situation normale. *Corps* gros, légèrement rétrofléchi, un peu douloureux.

La mobilité de l'utérus est restreinte. Les culs-de-sac vaginaux latéraux sont un peu effacés et indurés. On y trouve les annexes augmentées de volume, mais celles-ci sont surtout appréciables dans le cul-de-sac postérieur. Elles forment là, sur la face postérieure de l'utérus, une tumeur du volume d'une grosse noix très dure, fixée aux parties avoisinantes et très douloureuse à la pression. Un sillon médian paraît établir une certaine démarcation entre les annexes du côté droit et celles du côté gauche plus accentuées.

En somme, grosses lésions annexielles inflammatoires anciennes, basculées dans le Douglas et adhérentes.

Examen quatorze jours plus tard, le 13 janvier : même état.

Etat général bon.

Cœur bon.

Urines bonnes.

*Opération.* — Laparotomie. Ablation des annexes gauches. Raccourcissement rétro-utérin des ligaments ronds par le Dr Dartigues, aidé de M. Coraven, interne.

Détails : Incision abdominale de 10 centimètres. Valve de Doyen. Garniture du champ opératoire avec grandes compresse. Ecarteur de Gosset pour les maintenir. L'utérus est rétrofléchi et les annexes entraînées en arrière. Je relève l'utérus et je vois les annexes gauches adhérentes à la paroi pelvienne. La

trompe est perméable mais l'ovaire gauche est scléro-kystique et saigne abondamment par suite du détachement des adhérences. J'enlève les annexes du côté gauche, et laisse en place celles du côté droit.

Je procède ensuite au raccourcissement des ligaments ronds par le procédé déjà exécuté ici et que nous avons décrit dans la précédente observation.

Pas de drainage.

Fermeture de la paroi et trois plans au catgut.

*Résultats post-opératoires.* — La malade que nous avons revue il y a quelques jours, c'est-à-dire un an et demi après l'intervention, est complètement guérie, mais elle n'a pas été enceinte.

### OBSERVATION III

(Hospice de la Salpêtrière. Service du professeur Segond.)

M<sup>me</sup> Georgette X...

Age, vingt et un an. Opérée par le Dr de Martel.

Pas de renseignements précis sur les antécédents héréditaires, personnels, génitaux, ni sur la date de l'opération, la durée du séjour à l'hôpital.

A l'entrée à l'hôpital, on constate à l'examen que le col utérin est collé contre la symphyse.

Le corps n'est pas perceptible par la palpation abdominale, mais on le sent très nettement par le toucher rectal.

La malade se plaint de douleurs très vives au moment des règles et de constipation opiniâtre.

A la palpation combinée au toucher vaginal, on détermine

une douleur très aiguë au niveau du cul-de-sac latéral gauche.

*Diagnostic.* — Rétrodéviation utérine irréductible et salpingite gauche.

*Opération.* — La malade est mise en position de Trendelenburg. On fait une incision médiane sous-ombilicale, remontant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

L'utérus est complètement renversé en arrière, mais il n'est maintenu dans cette position que par des adhérences lâches. Il n'y a pas de salpingite nette et les annexes gauches sont laissées en place. L'utérus est redressé. Une pince de Kocher traverse le ligament large d'arrière en avant, saisit le ligament rond et le ramène en arrière à travers le ligament large.

Même manœuvre du côté opposé.

Une ligature au catgut unit les deux ligaments en arrière de l'utérus qui se trouve maintenant un peu antefléchi.

Fermeture de la paroi au fil d'argent, en un seul plan.

Durée de l'opération : sept minutes.

*Résultats opératoires.* — Les fils d'argent furent enlevés le dixième jour. La paroi était parfaitement solide, et la malade put sortir le dix-neuvième jour.

Elle a été revue plusieurs fois depuis et elle se considère comme parfaitement guérie.

#### OBSERVATION IV

(Hôpital Tenon. Service du professeur J.-L. Faure, salle Terrillon, lit n° 8).

M<sup>me</sup> B..., épouse F...

Age, vingt-trois ans. Profession, corsetière.

Entrée le 16 octobre 1906.

Opérée le 23 octobre.

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires ni personnels.

Au point de vue génital : règles à treize ans. Depuis peu abondantes mais régulières. A seize ans une crise douloureuse de dysménorrhée. Pertes blanches.

*Histoire actuelle de la maladie.* — Depuis trois ans douleurs dans le bas-ventre avec irradiation aux hanches et aux cuisses. Salpingite il y a dix mois. Entre au service du professeur Poirier où elle refuse l'opération. Depuis les douleurs ont continué et augmentent. Depuis six mois, règles presque nulles. Quelques troubles de la défécation. Miction très fréquente.

Opérée par M. le professeur agrégé Faure. L'utérus est d'un volume moyen. Annexes gauches d'apparence saine. Un peu d'annexite droite. La malade souffrant depuis trois ans on en pratique l'ablation.

Redressement de l'utérus par le procédé du Dr Dartigues.

Lever au quatorzième jour.

*Résultat.* — Nous avons écrit à cette femme en lui demandant de répondre à un petit questionnaire ainsi conçu et que nous transcrivons avec les réponses :

Avez-vous cessé de souffrir ? — Pas complètement.

Depuis quand les douleurs sont-elles revenues ? — Quatre mois après l'opération.

Avez-vous été enceinte depuis ? — Non.

Comment vous trouvez-vous actuellement ? — Beaucoup mieux, surtout depuis deux mois.

## OBSERVATION V

Nous connaissons enfin l'histoire d'une opérée du professeur agrégé Faure dont nous ne pouvons reproduire l'observation, parce qu'elle n'a pas été retrouvée, mais que nous avons vue en ville et qui nous a donné les renseignements suivants :

Opérée le 19 octobre 1906, après deux années de souffrances et de pertes blanches causées par une rétroversion de l'utérus, elle a vu depuis cette date ses douleurs complètement disparaître, ses règles autrefois abondantes et compliquées de métrorragie, devenir régulières et normales. Quant à son état général, il n'a jamais été meilleur.



## CONCLUSIONS

I. — La rétrodéviatiou de l'utérus peut déterminer des troubles suffisants pour qu'un traitement s'impose.

II. — Ce traitement au début sera médical, c'est-à-dire qu'on essaiera de redresser l'utérus par une des nombreuses méthodes de réduction manuelles, celle de Schulze, par exemple.

III. — S'il existe des phénomènes inflammatoires du côté de l'utérus, mais que la rétrodéviatiou soit encore mobilisable, sans soupçon de lésions annexielles, on aura de bons résultats après avoir traité la métrite, en pratiquant l'opération d'Alquié-Alexander, pour ramener cet utérus en bonne position.

IV. — Enfin, si l'on se trouve en présence d'une rétrodéviatiou irréductible avec des adhérences dues à des lésions annexielles concomitantes plus ou moins accentuées, il y a nécessité de voir et de faire une laparotomie. Après avoir traité les annexes par la conservation, la résection ou l'ablation, selon les cas, il reste à fixer l'utérus.

De plus en plus, on délaisse l'hystéropexie qui est anti-anatomique et antiphysiologique et qui prédis-

pose les femmes aux plus graves accidents au point de vue des grossesses ultérieures. Le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds présentant autrement de garanties, nous avons cru bon d'en rappeler, dans ce modeste travail, les divers procédés opératoires, auxquels est venue s'ajouter récemment la méthode de ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne de MM. Dartigues et Caraven, qui semble avoir donné de bons résultats à ses auteurs et aussi à MM. les professeurs Pollosson de Lyon, J. et L. Faure et Marion de Paris, Mériel de Montpellier, les D<sup>rs</sup> Pauchet, Pantaloni et de Martel.

---

Vu : le Président de la thèse,  
**PINARD**

Vu : le Doyen,  
**DEBOVE**

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris  
**LIARD**

## BIBLIOGRAPHIE

- Le Dentu.* — Semaine gynécologique de Paris, 1901, VI, 63-64, 73-75, 57-58, 89-90.
- Hivet* (Gaston). — Thèse de Paris, 1901. Steinheil, n° 348. 124 pages.
- Stanckiewicz.* — XIII<sup>e</sup> Congrès de Médecine (Sect. gynécol., 1900. Paris, 1901. Comptes rendus, 219-233).
- Schwartz.* — XIII<sup>e</sup> Congr. de médecine (Sect. gynécol., 1900, Paris, 1901. Comptes rendus, 219-233).
- Pavret de la Rochefordière.* — Nantes, 1901, 8° n° 432, 113 pages.
- Alexander et Oliveir.* — Ann. de la Policlin. de Paris, 1901. XII, 156-160.
- Semaine gynécologique* de 1898, p. 277.
- Landron.* — Th. de Paris, 1900. Procédé de Wylie, 8°, n° 360, 784.
- Fumey.* — Th. de Paris, 1900. Jouve et Boyer, 8°, n° 604, 82 pages.
- Monprofit.* — Anjou Médical, 1900, VII, 121-131.
- Le Dentu.* — Gaz. médicale, 1892, p. 241.
- Roland.* — Thèse de Lyon, 1888.
- Dolérès.* — Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynécol., 1886, p. 10, 68, 158, 229 ; 1890, p. 32.
- La Gynécologie, 1898, n° 6, p. 499.

- Dolérès*. — La Semaine gynécologique, 27 sept. 1904.
- Naullau*. — Th. de Paris, 1899.
- Hivet*. — Th. de Paris, 1900.
- Figuera*. — Th. de Paris, 1904.
- Beurnier*. — Th. de Paris, 1886, p. 95.
- Segond*. — Soc. d'Obst. et de Gynéc., 1900, p. 112.
- Baudoin*. — Gaz. des Hôpitaux, 1890, p. 1329.
- Schultze*. — Traité des déviations utérines, 1884. Traduction Herrgoti. Paris, Doin.
- Racoviceanu*. — Thèse, Paris, 1889.
- Tillaux*. — Annal. de Gynécologie, janvier 1889, p. 13.
- Malgaigne et Lefort*. — Manuel de Méd. op., 2<sup>e</sup> partie, 9<sup>e</sup> édit. p. 759. Paris, 1889.
- Thibierge*. — Revue de Sciences médicales, 15 juillet 1886. n<sup>o</sup> 67, p. 156.
- Lamort*. — Th. de Bordeaux, 1894.
- Ferry*. — Th. de Paris, 1905.
- Pozzi* (S.). — Traité de Gynécologie, I, 1905.
- Rapport au Congrès de Genève (1896) sur les médications du traitement opératoire dans les rétrodéviations.
- Le Dentu*. — Presse médicale, 1906, p. 113.
- Villard*. — Revue pratique d'obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1904, 45-47.
- Kleinwächter*. — Zentralbl. f. gynecologie. Leipzig, 1904. XXVIII, 889-892.
- Gavenoff* (N.). — L'opération du raccourcissement des lig. ronds. Moscowa, 1900. VIII, 542.



